

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Albert VICTOR

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital de Rothschild

Né le 6 Novembre 1906, à Paris (XI^e)

La maternité de l'Hôpital de Rothschild Son fonctionnement jusqu'en 1930

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931



I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie	JOYEUX.
Pathologie médicale	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER FERNAND.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	VIGNES.
Anatomie Pathologique.....	MULON.
Anatomie	OBERLING.
Médecine légale.....	OLIVIER.
Obstétrique	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale.....	PORTES.
Physiologie	QUENU.
Dermatologie et syphiligraphie.....	RICHET Fils.
Pathologie médicale.....	SÉZARY.
	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	(Pasteur)
Ophtalmologie	VAUDESCAL.
Histologie	VELTER.
Obstétrique	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR BIEN-AIMÉE

*Ravie à mon immense affection
trop prématurément pour me
voir soutenir cette thèse dont
elle attendait l'élaboration.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde
affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris.

Accoucheur de la Pitié.

Officier de la Légion d'honneur

*Hommage respectueux et de
profonde gratitude, pour le
grand honneur qu'il m'a fait
en acceptant de présider cette
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWAAB

Ancien chef de Clinique à la Faculté
de Médecine de Paris.

Accoucheur de l'Hôpital de Rothschild.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A qui je dois toute mon éducation obstétricale. Avec l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon immense gratitude, pour la bienveillante attention qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON ZADOC-KAHN

Médecin-chef de l'Hôpital de Rothschild

*En témoignage de ma profonde
et respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERTZ

Chirurgien de l'Hôpital de Rothschild

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE ASTRUC

Chef du service de la Consultation de l'Hôpital de Rothschild

*En témoignage de ma gratitude
pour l'intérêt qu'il m'a toujours
porté et les conseils
qu'il m'a prodigués.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

WEILL, AMADO, TREVES, NISSIM, WALTHER,
PECKER, LEVY-LEBAHR, MARX, TROLLER

et ADLER

Spécialistes et pharmacien de l'Hôpital de Rothschild

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

M. LE PROFESSEUR HARTMANN.

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR CLAISSE.

Externat

M. LE DOCTEUR RICHE.

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR CARNOT.

M. LE DOCTEUR MILIAN.

M. LE DOCTEUR HALBRON.

M. LE DOCTEUR BRÉCHOT.

Internat à l'Hôpital de Rothschild

M. LE DOCTEUR ZADOC-KAHN.

M. LE DOCTEUR SCHWAAB.

M. LE DOCTEUR ASTRUC.

INTRODUCTION

En 1914, s'achevait, rue Santerre, la construction du nouvel Hôpital de Rothschild; l'ancien Hôpital de la rue de Picpus devant, à l'avenir, être exclusivement un asile de vieillards.

L'activité du service a subi, depuis sa fondation, un de Chirurgie et une Maternité.

Pendant la durée de la guerre, seule la Maternité fonctionna suivant ses attributions primitives. Tandis que les autres services hébergeaient des blessés.

L'activité du service a subi, depuis sa fondation, un accroissement constant et régulier, faisant passer le nombre des accouchements de 350 en 1914, à 980 en 1930.

M. le Docteur Schwaab, accoucheur de l'Hôpital de Rothschild, a bien voulu nous confier ce travail de statistique, montrant le mouvement de son service.

Nous verrons, au cours de cet ouvrage, s'il est possible d'en tirer certaines conclusions, quant au type spécial de la clientèle de l'Hôpital, recrutée pres-

qu'uniquement parmi les israélites habitant Paris, mais venant, pour une énorme proportion, de l'étranger.

Cette thèse comprendra deux parties. Dans une première, nous verrons la Maternité depuis sa fondation et particulièrement durant les cinq dernières années. Dans une seconde, nous étudierons le fonctionnement durant l'année 1930, que nous avons passée dans le service.

LA MATERNITE JUSQU'EN 1930

A l'extrémité Est de l'alignement des pavillons rustiques dont l'ensemble constitue l'Hôpital de Rothschild, le pavillon de la Maternité domine d'un étage les toits de tuiles des autres services. Formation autonome, elle groupe dans son enceinte les divers locaux nécessaires à son fonctionnement.

C'est, au rez-de-chaussée, la consultation avec sa salle d'attente et une salle d'examen. C'est, sur une autre aile, le dortoir des femmes enceintes et une salle de quatre lits pour les mères des enfants circoncis, venus de ville.

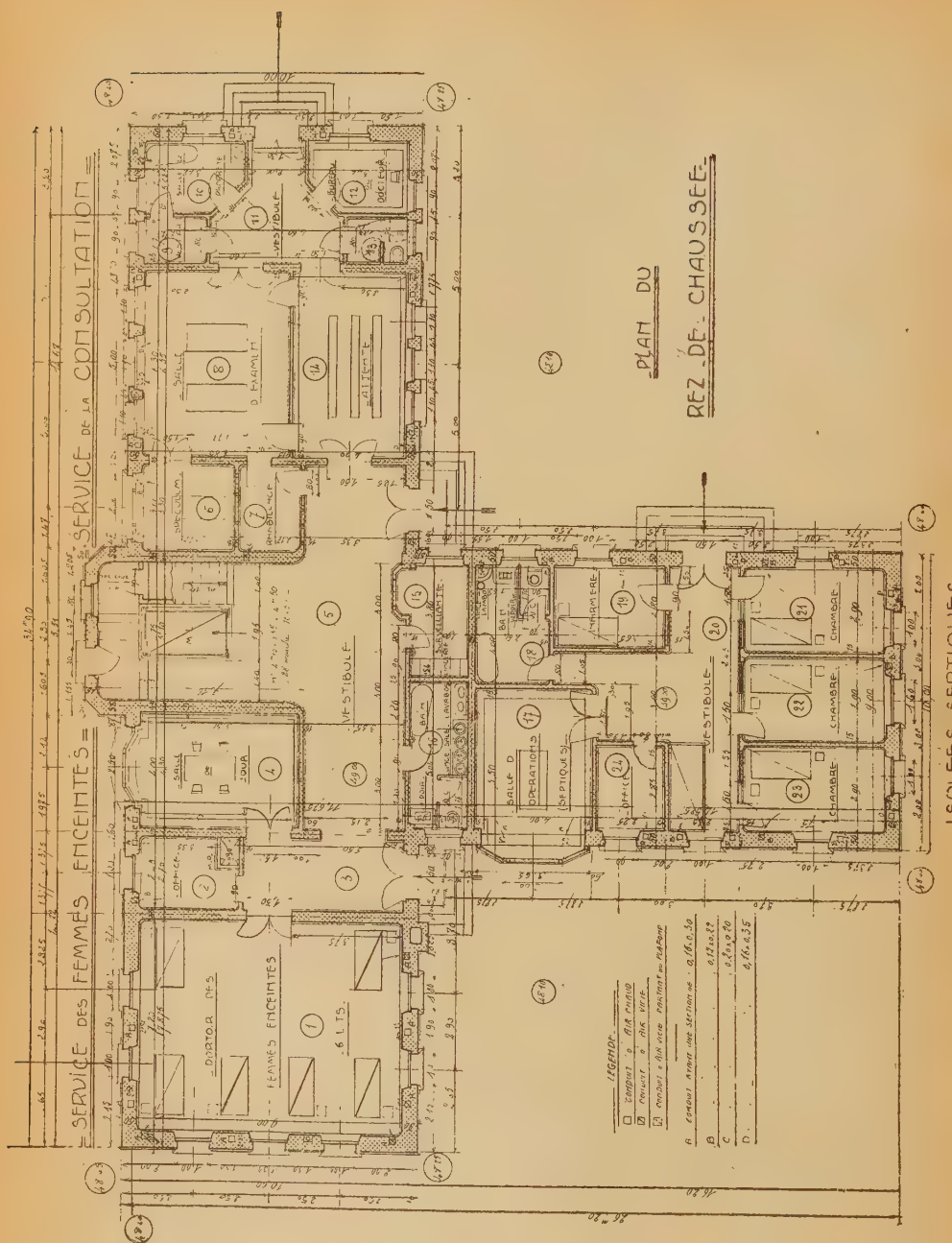
Au premier étage, les deux salles de suites de couches, avec une salle de change, et une chambre à deux lits où l'on isole les bacillaires.

Les locaux purement obstétricaux occupent le second étage : la salle de travail avec ses trois lits, la salle d'opérations, des chambres particulières pour les opérées, et les logements du personnel féminin.

L'isolement est au rez-de-chaussée, nettement séparé des autres services, ayant son entrée particulière.

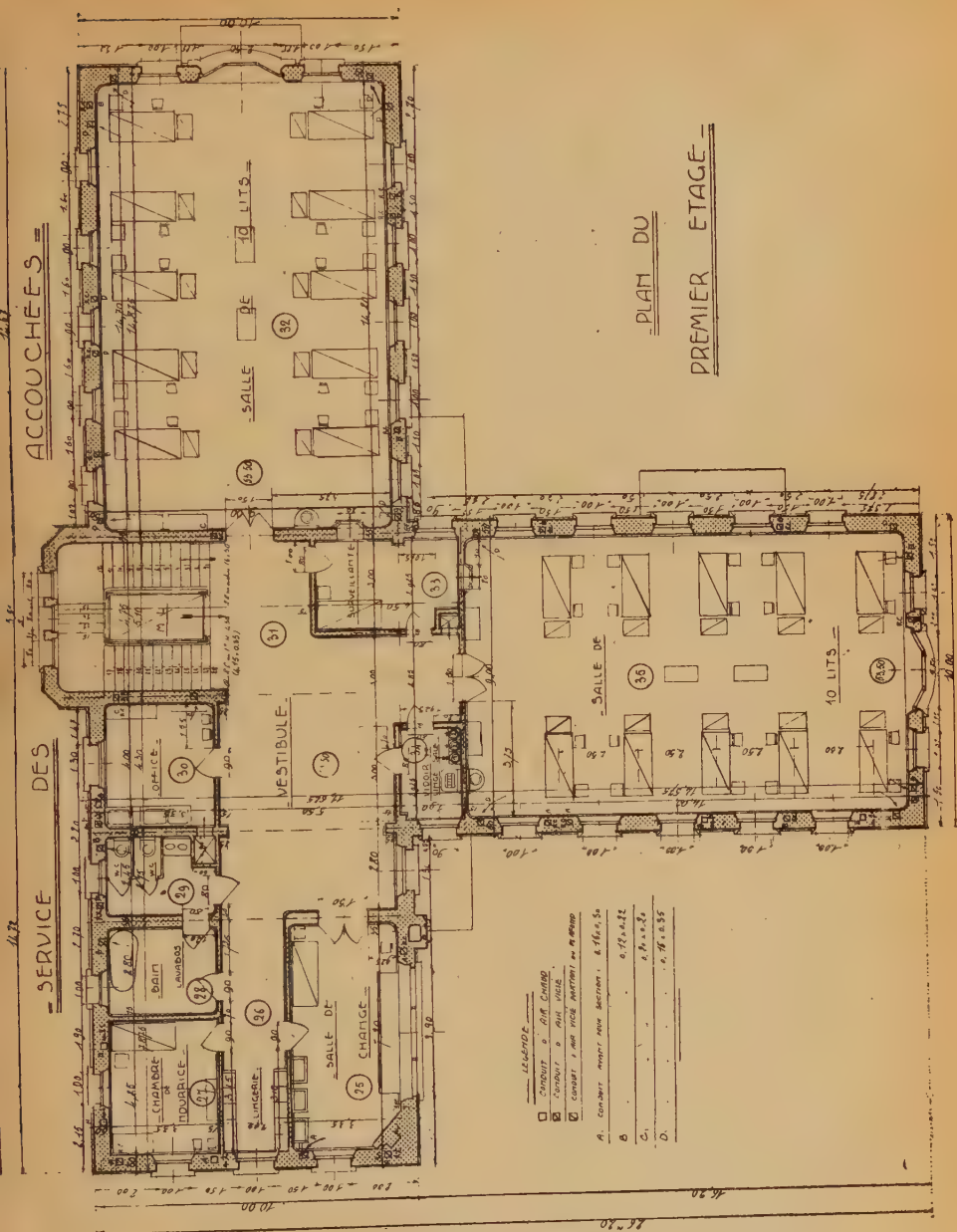
Le service est assuré par le médecin-chef et son assistant, un interne, deux sages-femmes prenant la

PLAN DU RÉZ-DE-CHAUSSÉE



Ces plans ont pu être être publiés, grâce à l'amabilité de l'architecte : **Monsieur Bechman.**

SERVICE DES



2

Il y a maintenant trois lits à la salle de travail



SECOND ETAGE

garde à tour de rôle, une sage-femme en chef faisant fonctions de surveillante. Le personnel infirmier est réparti dans les différents services.

Le lundi et le vendredi, de 9 heures à 12 heures, les parturientes viennent à la consultation. Elles sont ainsi soumises à une surveillance régulière, possédant leur fiche personnelle; à chaque visite, les urines sont examinées. Les sages-femmes assument cette consultation sous la surveillance de l'interne. Les cas embarrassants et les dystocies sont retenus, aux fins d'être examinés par le médecin-chef. Les cas pathologiques méritant l'hospitalisation sont admis au dortoir. Les femmes qui seraient en travail lors de la consultation sont également retenues. Mais il existe, comme dans toutes les maternités, un service de consultations permanentes. Les femmes en douleurs sont toutes examinées par la sage-femme de garde, qui les admet lorsqu'elles sont en travail. Lorsque les services sont complets, elles sont dirigées, après examen somatique, sur l'hôpital de leur circonscription.

La maternité admet ainsi chaque année une moyenne de 1.400 femmes, avec un total d'accouchements variant entre 970 et 1.000, ceci pour les cinq dernières années. Mais il faut savoir que dans les années qui ont suivi sa fondation, le mouvement était beaucoup moins imposant, surtout de 1914 à 1918. Ce petit tableau donnera une idée de la progression constante du service. Nous l'envisagerons par périodes de quatre années, pour en donner une idée plus nette.

	Total des accouchements	Moyenne
1914 à 1917.....	1743	436
1918 à 1921.....	2486	621
1922 à 1925.....	3335	834
1926 à 1929.....	3923	981

Nous allons envisager certains détails du fonctionnement de la maternité durant les cinq années précédentes à 1930. Malgré l'allure trop rigoureuse que prendra ainsi cette exposition, nous sommes obligés de donner des chiffres et des statistiques.

	1925	1926	1927	1928	1929
Consultations	2583	2803	3062	2681	2695
Avortements	67	72	71	66	83
Rétention de fœtus					
morts	9	5	12	5	10
Accouchements	969	977	978	976	992

En 1925, l'avortement a été spontané 23 fois; il faut faire 33 fois un curettage instrumental, et 11 fois un curage digital. En 1926, 21 avortements sont spontanés, 47 sont terminés par curettage, et 4 par curage digital. Sur les 71 avortements de 1927, 15 sont spontanés, 52 curettés, et 4 avec curage digital.

Si, en 1928, 12 avortements sont spontanés, il y a 49 curettages, et 5 curages digitaux. Enfin, le bilan de

1929 est de : 23 avortements spontanés, 58 curettages et 2 curages digitaux.

La quantité d'*accouchements gémellaires* est considérable en 1929, au nombre de 18, alors qu'elle n'est que de 9 pour 1925, 8 pour 1926, 6 pour 1927 et 6 pour 1928.

Le tableau d'ensemble montrera la proportion des présentations :

	Accouchements	Siège	Face	Front	Epaule
1925....	969	17	1		2
1926....	977	30	1		4
1927....	978	17	5		2
1928....	976	31	4	1	1
1929....	992	30	1	3	1

Il sera également intéressant de faire un tableau d'ensemble concernant les opérations obstétricales pratiquées durant ces cinq dernières années. Nous donnerons les proportions pour cent accouchements, en comparant nos statistiques à celles des maternités de Beauloche et de Boucicaut.

MATERNITÉ DE ROTHSCHILD							Maternité BEAUGELOQUE	Maternité BOUGICAULT
							1923	1924
	1925	1926	1927	1928	1929	Moyenne	1927	1928
Forceps	% 18'01	7,58%	5,10%	6,22%	7,68%	7,48%	4,71%	3,48%
Accouchements prématurés provoqués	{	0,21%		0,10%		0,06%	0,04%	0,05%
Versions par		0,41%	0,61%	0,51%	0,20%	0,20%	0,39%	0,58%
manœuvres internes								0,24%
Basiotripsies		0,10%	0,10%	0,31%	0,10%	0,14%	0,31%	0,14%
Embryotomies . . .		0,10%	0,10%			0,04%	0,19%	0,07%
Opérations césariennes	{	0,39%	0,41%	0,31%	0,51%	0,50%	0,42%	1,89%
Symphyséotomies .			0,10%			0,02%	0,07%	0,09%
Délivrances artificielles	{	1,85%	1,12%	1,43%	0,71%	1,11%	1,24%	1,47%

L'accouchement a été provoqué prématurément (obs. 389 de 1925) chez une femme présentant un bassin rétréci avec promontoire accessible et ayant perdu les eaux (enfant de 3.050 grs). En 1928 (obs. 886), on a provoqué l'accouchement au terme de 6 mois, chez une cardiaque, présentant un rétrécissement mitral et un état d'hyposystolie.

Les basiotripsies ont été pratiquées en 1925 (obs. 873) chez une femme présentant un bassin rachitique ($PSP=10,5$), sur un enfant mort au cours du travail; en 1926, sur un enfant mort chez une femme faisant de l'infection amniotique (obs. 4).

en 1927, sur un enfant mort pendant le travail chez une femme présentant un bassin rachitique avec une tête élevée (obs. 959);

en 1928 :

OBS. 60. — Femme ayant eu une amputation du col pour fibrome; enfant mort au terme de 6 mois.

OBS. 254. — Hydrocéphalie.

OBS. 808. — Bassin rachitique ($PSP=11$), enfant mort de 3.900 grs.

en 1929 : femme présentant un bassin rachitique ($PSP=10,3$) avec un enfant de 3.000 grs., mort du fait d'une latérocidence du cordon.

Une embryotomie rachidienne a été faite chez une femme ayant subi en ville de multiples tentatives d'applications de forceps au détroit supérieur (obs. 711 de 1926).

Les opérations césariennes ont été pratiquées dans presque tous les cas, sur des femmes présentant un bassin rachitique, avec un diamètre promonto-sous-pubien inférieur à 10,5 cms. Comme cas particuliers, nous relevons en 1925, une opération césarienne vaginale, faite au terme de 6 mois, chez une brightique chronique, grande multipare, et présentant de l'urémie digestive et nerveuse (obs. 857). En 1926 (obs. 639), la femme présente une malformation utérine qui est une cause de dystocie pelvienne. En 1927 (obs. 966) c'est une césarienne itérative avant tout début de travail.

Une symphyséotomie a été pratiquée en 1927 (obs. 503). Il s'agit d'une primipare de 27 ans, présentant un bassin généralement rétréci avec une tête mobile au détroit supérieur, en travail depuis 48 heures. La rupture des membranes s'est faite à dilatation de petite paume de main, le liquide qui s'écoulait était très teinté, purée de pois. Après des incisions latérales du col, et une application de forceps infructueuse, on fait une symphyséotomie et on extrait un enfant vivant, au forceps, de 3.750 grs.

En plus de ces opérations purement obstétricales, deux femmes ont été opérées, pour rupture de grossesse tubaire, l'une dans le service en 1926 (obs. CVI), l'autre en 1929, par M. Schwaab, dans le service de chirurgie.

Mentionnons encore les proportions de viciations pelviennes : 1,34 % en 1925, 1,33 % en 1926, 1,33 % en

1927, 1,02 % en 1928, 0,80 % en 1929, ceci pour les bassins rachitiques.

Enfin, au cours de ces cinq années, nous relevons deux observations de rupture utérine. Dans l'une (obs. 845 de 1927), il s'agit d'une présentation de l'épaule négligée, arrivant dans le service avec un état d'anémie intense. On pose le diagnostic de rupture utérine et on intervient immédiatement, sous anesthésie à l'éther. Incision de la paroi absolument exangue. Le péritoine renferme une quantité énorme de sang liquide et de caillots. On constate une rupture circulaire du segment inférieur, intéressant les deux tiers de la circonférence en avant et sur les côtés, à 2 cm. au-dessous de l'anneau de Bandl. Les deux utérines sont rompues et saignent faiblement. Ligature des pédicules latéraux et des deux pédicules utérins; hystérectomie sub-totale (partiellement spontanée), surjet sur le col. La femme meurt pendant la péritonisation.

Dans l'autre (1928, obs. 346), il s'agit d'une rupture utérine survenue au cours d'une version par manœuvres internes, pour tête restant élevée au-dessus du détroit supérieur. La femme meurt avant l'intervention chirurgicale.

Nous allons envisager à présent les cas de mortalité maternelle; il nous a semblé plus logique de reprendre tour à tour chaque observation.

En 1925, 3 décès.

OBS. 135. — I pare de 20 ans, application de forceps. Le placenta est découronné. Infection puerpérale survenue après rétention de membranes.

OBS. X. — Avortement criminel, infection généralisée.

OBS. Y. — Avortement criminel entrant dans le service avec une température à 40° et une rétention placentaire. Infection généralisée, décès.

En 1926, 3 décès.

OBS. 4. — I pare de 32 ans. Entre dans le service avec les membranes rompues depuis 24 heures, et de l'infection amniotique (T° 39°). On fait une basiotripsie sur l'enfant mort (tête mobile au détroit supérieur. Décès le cinquième jour d'infection généralisée.

OBS. 711. — I pare de 23 ans présentant un bassin rétréci et de l'infection amniotique. On fait une embryotomie rachidienne sur l'enfant mort du fait d'une procidence du cordon. Décès de la femme par infection généralisée au septième jour.

OBS. XXXIV. — Femme admise au dortoir, après l'accouchement fait en ville, pour des signes d'insuffisance ventriculaire gauche. Décès par œdème aigu du poumon.

En 1927, 4 décès.

OBS. 128. — I pare de 20 ans, accouchée normalement le 14 février. Le 25 février apparaît une phlébite

de la jambe gauche, et la malade meurt subitement le 4 mars d'embolie pulmonaire.

OBS. 354. — IX pare de 40 ans. Application de forceps pour procidence du cordon, le 7 mai. Décès survenu brusquement le 13 mai, d'embolie pulmonaire.

OBS. 503. — I pare de 27 ans, présentant un bassin généralement rétréci. Après une symphyséotomie, la femme décède brusquement 1 h. 30 après l'intervention, de dilatation aiguë du cœur.

OBS. 845. — II pare de 22 ans. Décédée de rupture utérine (voir plus haut).

En 1928, 2 décès.

OBS. 346. — Rupture utérine (voir plus haut).

OBS. X. — Femme accouchée en ville, entre dans le service avec une infection généralisée. Décès le quatrième jour.

En 1929, 4 décès.

OBS. 526. — I pare de 27 ans, présentant une infection amniotique avec température à 38°9. Application de forceps. Décès au neuvième jour.

OBS. 539. — II pare de 30 ans, présentant une hémorragie abondante après la délivrance. Décès survenu 7 heures après l'accouchement, malgré tous les moyens employés, dont la transfusion sanguine.

OBS. 718. — VI pare de 33 ans, cardiaque, présentant une maladie mitrale. On fait une version par manœu-

vres internes sous éther, et la femme meurt brusquement de syncope cardiaque, pendant l'anesthésie.

OBS. 823. — I pare de 26 ans, en travail depuis 48 heures. On termine l'accouchement par une application de forceps, après incisions du col, et sous chloroforme. Au deuxième jour la femme présente un ictère, et elle meurt 56 heures après l'accouchement d'ictère grave.

Dans l'ensemble, la mortalité maternelle par infection a été de :

3,09 0/00 en 1925, dont 2 cas sur 3 étaient des avortements criminels (soit 1,03 % d'infection contractée dans le service).

2,05 0/00 en 1926.

1,02 0/00 en 1927.

1,02 0/00 en 1928, un seul cas, qui était une infection puerpérale venue de ville (soit 0 %).

1,01 0/00 en 1929.

Voyons à présent quelle a été la mortalité infantile :

En 1925, 26 décès parmi lesquels 9 foetus morts et macérés, 9 mort-nés et 8 morts pendant leur séjour à la maternité; sur ces 26 enfants, 4 étaient des prématurés de moins de 2.500 grs.

En 1926, 31 décès, dont 3 prématurés; 5 morts et macérés, 18 mort-nés, 8 morts dans le service.

En 1927, 44 décès, dont 9 prématurés; 12 morts et macérés, 23 mort-nés, 9 morts dans le service.

En 1928, 37 décès, dont 7 prématurés; 5 morts et macérés, 21 mort-nés, 11 morts dans le service.

En 1929, 33 décès, dont 9 prématurés; 10 morts et macérés, 18 mort-nés, 5 morts dans le service.

Nous allons étudier à présent le fonctionnement durant l'année 1930, avec plus de détails, étant donné que nous étions dans le service. Puis nous reprendrons une vue d'ensemble, cherchant à mettre en valeur les particularités qui pourraient retenir notre attention.

LE FONCTIONNEMENT EN 1930

CONSULTATIONS

1° Nombre de consultations de femmes en état de gestation 3922

(Les consultations ont lieu les lundis et vendredis, de 9 h. à 12 h.)

2° Consultations de mères nourrices et de nourrissons (le jeudi, à 9 h.). Nombre de consultations données..... 720

3° Consultation de syphiligraphie (les mardis et samedi, à 10 h.).

Inscriptions nouvelles :

femmes 32

nourrissons 14

Réactions sérologiques pratiquées..... 41

Ont été traités régulièrement :

femmes 25

nourrissons 14

Traitements appliqués :

Adultes : acétylarsan, nombre d'injections.....	148
— sels insolubles de Hg —	152
— sels de Bismuth —	247
Nourrissons (sulfarsénol) —	81

A partir de l'âge de un an, les enfants sont suivis par la consultation qui leur est réservée dans le bâtiment de la consultation externe.

LE SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

HOSPITALISATION, STATISTIQUE GÉNÉRALE

Total des femmes hospitalisées.....	1433
Total des avortements.....	80
Avortement thérapeutique.....	1
Total des accouchements.....	973
Accouchements prématurés provoqués..	3

Accouchements multiples :

a) gemellaire uni-vitelline.....	0
b) gemellaire bi-vitelline.....	8
Applications de forceps.....	113
Versions internes.....	8
Opérations césariennes.....	7
Incision du col.....	1
Dilatations artificielles.....	6

Mortalité maternelle :

Totale	5
par infection.....	1

Mortalité par infection les années précédentes :

1925 : 3,09 0/00 (dont 2 sur 3, avortement criminel).

1926 : 2,05 0/00.

1927 : 1,02 0/00.

1928 : 1,02 0/00.

1929 : 1,01 0/00.

Chiffre total des naissances d'enfants..... 981

Nombre de fœtus morts :

 pendant la gestation..... 12

 pendant le travail..... 19

 pendant le séjour à la maternité..... 7

Nombre d'enfants sortis vivants..... 943

I. — AVORTEMENTS

Nous relevons 80 observations, mis à part un cas d'avortement thérapeutique.

En général, il a été extrêmement malaisé de mettre en évidence le facteur étiologique.

Deux fois les réactions de Wassermann et de Levaditi ont été positives (obs. XXVI et LXXII).

L'observation n° 23 réalise un cas particulier. Il s'agit d'un avortement de 5 mois environ, avec expulsion d'un œuf intact pesant 550 grs. A l'examen de l'œuf, on retrouve, au niveau de la zone inférieure du placenta, un caillot plat, appliqué sur les membranes, et faisant issue du sinus circulaire. Ce caillot est surmonté d'un dépôt de fibrine correspondant vraisemblablement à une hémorragie ancienne. L'œuf ouvert, on voit la tête en bas, avec les membranes collées dessus, légèrement adhérentes. M. Schwaab a pensé que cette adhérence aurait pu jouer un rôle dans le décollement placentaire ou la rupture du sinus circulaire.

L'observation n° LXII concerne un avortement criminel, avoué par la malade, à son insu d'ailleurs, au cours de l'excitation et des troubles psychiques qu'elle

présentait à son entrée, et en rapport avec une température de 41°4.

Aucune étiologie précise n'a pu être retrouvée dans les autres cas, mais, étant données les réticences des femmes, leurs fréquentes contradictions avec elles-mêmes, il est probable que la proportion d'avortements criminels domine.

En comparant nos statistiques à celles des autres maternités, nous avons vu combien il était difficile de faire avouer aux femmes l'avortement criminel. Si on a pu le mettre en évidence dans une proportion de 1 à 2 %, on n'a pu avoir que des soupçons dans la majorité des cas. Ainsi, à Beudelocque et à Boucicaut, aucune étiologie n'a été retrouvée dans 75 % des cas. Nous-mêmes, nous ne connaissions avec certitude l'avortement criminel qu'une seule fois, et nous ignorons l'étiologie de l'avortement 76 fois sur 80 (soit 95 %). Il est malgré tout impossible de dire si l'avortement criminel se soit présenté chez nous plus fréquemment que dans les autres services.

L'avortement a eu lieu 72 fois dans les 3 premiers mois, 29 fois en un temps, 40 fois en deux temps. Il a été spontané 18 fois; le curage digital a été pratiqué 6 fois, dans 3 cas pour hémorragie, dans 2 cas pour rétention placentaire au-delà de 24 heures. Dans 45 cas, on a évacué l'utérus par curetage, 5 fois pour métrorragies, 21 fois pour infection, 4 fois pour l'association des deux, et 15 fois pour rétention placentaire.

L'observation XIII est un avortement à type syncope qui a nécessité : un tamponnement vaginal serré et le traitement général de l'état de shock.

L'avortement a eu lieu 5 fois au cours des 4^e, 5^e et 6^e mois, une fois en un temps, quatre fois en deux temps. Spontané 3 fois, on a dû pratiquer les deux autres fois un curage digital et une évacuation à la curette pour rétention placentaire.

Il est bon d'indiquer la conduite suivie dans le service pour les avortements incomplets, sans infection ni hémorragie. En principe, on termine l'avortement en dilatant artificiellement le col utérin par la pose d'une laminaire; puis, le lendemain, on fait le curetage de la cavité utérine, avec ou sans dilatation préalable aux bougies de Hégar selon les cas.

Toutes les femmes sont sorties en bon état.

Rapprochant de la statistique de 1930, celles des cinq années précédentes, nous voyons que la quantité des avortements hospitalisés et traités a été sensiblement la même.

II. — RETENTION DE FŒTUS MORTS

Sur les 12 observations que nous avons relevées, la cause a pu être déterminée 6 fois. Quatre fois la syphilis est en cause, dont 3 cas avec réactions de Wassermann et de Levaditi positives (obs. 78, 516, 268). Dans le quatrième cas, on n'a pas retrouvé de signes de syphilis, mais elle semble pouvoir être incriminée, étant donnés l'apparence du placenta et son volume (480 grs. pour un fœtus de 1.300 grs.) (obs. 48).

Pour l'observation 325, il s'agit d'un fœtus mort et macéré, à terme, avec 2 circulaires très serrés.

L'observation 75 concerne une albuminurique avec une présentation de l'épaule évoluant spontanément, le fœtus pesant 900 grs. et en état de macération avancée.

Dans l'observation 175, apparaît, onze jours après l'expulsion d'un fœtus mort et macéré de 2.200 grs., une phlébite de la jambe droite. Après un incident pulmonaire sans gravité, la malade sort au 48^e jour en bon état.

Mortalité maternelle : 0.

III. — ACCOUCHEMENTS

Présentations :

Sommet	944
Siège	29
Face	2
Front	2
Epaule	4

1° *Présentation du siège :*

29 observations comprenant :

24 gestations simples,

5 gestations gémellaires.

a) *Présentation du siège dans les gestations simples.*

10 primipares, 14 multipares.

17 sièges décomplétés, 7 sièges complets.

Dans deux cas, on a retrouvé comme étiologie un rétrécissement rachitique du bassin (obs. 262, 439);

Une fois de l'hydramnios (obs. 698);

Quatre fois il s'agissait d'accouchements prématurés.

Deux fois, la grande extraction du siège a été néces-

saire dans l'obs. 439 pour rétrécissement du bassin, et souffrance fœtale (manœuvre de Champetier sur tête dernière); dans l'obs. 979 pour procidence du cordon à dilatation complète.

Résultats pour les enfants (6 décès) :

Un pendant le travail (procidence du cordon à dilatation de 1F, non réductible);

Un pendant l'extraction (bassin rétréci);

Trois immédiatement après l'accouchement (un prématuré de 1.250 grs. et deux prématurés présentant des malformations multiples : obs. 628 et 198);

Un prématuré de six mois est mort au troisième jour.

b) Présentation du siège dans les gestations gémellaires.

3 sièges complets, 2 sièges décomplétés.

La présentation du siège est notée 4 fois pour le premier enfant et une fois pour le second.

L'accouchement a été spontané dans tous les cas.

Un enfant prématuré est mort au neuvième jour (1.390 grs.):

2° *Présentation de la face :*

2 Observations

L'observation 47 concerne un accouchement naturel, à terme, en MIGA, d'un enfant vivant de 3.000 gr.

L'observation 547, une présentation de la face en

MIGA. La tête n'effectuant pas sa rotation, et les bruits du cœur devenant irréguliers, on fait une application de forceps. Extraction d'une fille mort-né de 3.170 grs.

3° Présentation du front :

2 Observations

L'observation 841 concerne une présentation du front chez une 7^e geste, traitée pour syphilis (et excès de liquide). Application de forceps, extraction d'un enfant vivant de 3.750 grs.

L'observation 975, une présentation du front fixée au détroit supérieur. Application de forceps, extraction d'un enfant vivant de 3.150 grs.

4° Présentation de l'épaule :

4 observations (3 accouchements simples, un jumeau).

OBS. 75. — Accouchement prématuré de 7 mois environ, fœtus mort et macéré, évolution en conduplicato corpore.

OBS. 233. — Accouchement jumeau chez une I pare au terme de 7 mois. Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure du premier fœtus. Version

par manœuvres internes, extraction d'un enfant vivant de 1.490 grs.

OBS. 612. — Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure chez une IV pare. On fait une version par manœuvres internes, 2 heures après la rupture de la poche des eaux. L'évolution est difficile du fait du volume du fœtus (3.750 grs.) et du blocage de l'épaule au détroit supérieur. On extrait un fœtus mort-né.

OBS. 827. — Il s'agit d'une présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure chez une primipare, qui arrive à dilatation complète, la poche des eaux étant rompue depuis 2 heures. Version par manœuvres internes et extraction d'un enfant né vivant qui meurt 14 heures après.

5^e Gestations gémellaires :

8 observations, toutes bi-vitellines.

Dans 4 cas, la gestation a évolué jusqu'à terme, dans les 4 autres observations, l'accouchement a eu lieu avant la fin du huitième mois.

Les présentations, envisagées dans l'ensemble, donnent : pour le premier jumeau, 3 sommets, 4 sièges, une épaule; pour le second, 6 sommets, 2 sièges.

L'accouchement a été opératoire deux fois :

OBS. 233. — Version par manœuvres internes pour le premier jumeau, grande extraction du siège pour le second.

OBS. 622. — Application de forceps sur sommet en OIGA, pour pratiquer l'extraction rapide, devant une procidence du cordon, survenue lors de la rupture de la deuxième poche des eaux, bien qu'on eut pris les précautions habituelles.

L'étiologie n'a pu être mise en évidence d'une façon à peu près probante qu'une seule fois (obs. 461). Trois mois après l'accouchement, le mari de la parturiente est admis en médecine pour une néphrite albuminurique et hématurique, et dont on a pu mettre en évidence l'origine syphilitique.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité fœtale : 2 (prématurés de 1.390 et 1.690 gr. décédés l'un le premier jour, l'autre le neuvième).

IV. — COMPLICATIONS DE LA GESTATION

I. — UTÉRUS ET ŒUF

A. — *Malformations utérines*

2 Observations

OBS. 179. — Il s'agit d'une I pare chez laquelle l'examen à la consultation a montré l'existence d'une cloison vaginale totale, adhérente au col utérin. Le toucher pratiqué de chaque côté de la cloison, a donné la sensation de l'existence de 2 cols utérins. On ne sentait qu'un seul utérus (le gravide). Cette femme accouche le 3 mars 1930. A dilatation complète, le doigt qui touche chevauche le bord postérieur de la cloison vaginale, et passe facilement d'un côté à l'autre. On sectionne cette cloison entre 2 pinces, et, immédiatement après l'accouchement, on suture les deux parties de la cloison au catgut sur plusieurs plans. La malade saignant, nous faisons une délivrance artificielle. Au troisième jour, l'examen direct, les valves étant posées, permet de voir la partie postérieure de la cloison encore adhérente à la lèvre antérieure du col. Une cloison médiane sépare l'utérus en deux loges; l'une

antérieure et gauche, volumineuse, contenait le fœtus, l'autre, postérieure et droite, petite.

OBS. 448. — Utérus double, avec 2 parties d'inégal volume, l'une constituant un utérus de volume normal, l'autre, un tout petit corps utérin latéral gauche par rapport au premier. Il existe de plus, une cloison incomplète sur la cloison vaginale postérieure. Là encore, on est amené à pratiquer une délivrance artificielle.

B. — *Fibromes de l'utérus gravide*

Nous n'en avons relevé que 2 observations (n^{os} 124 et 301). Dans les 2 cas, il s'agissait de petits noyaux fibromateux du fond de l'utérus, sans retentissement aucun sur l'accouchement ni sur les suites de couches.

C. — *Hydramnios*

Quatre observations, en dehors des quelques cas où il n'y avait qu'un léger excès de liquide.

Les réactions de Wassermann et de Levaditi, pratiquées dans tous les cas, sont revenues deux fois positives. Dans un cas, il s'agissait d'un fœtus mort et macéré. L'accouchement a été spontané trois fois (trois présentations du sommet). Le quatrième cas était une présentation du front qu'il fallut terminer par une application de forceps.

Résultats pour les enfants :

1 mort et macéré;

3 enfants vivants.

D. — *Insertion basse du placenta*

Ne retenant que les cas où l'insertion vicieuse du placenta a donné lieu à des accidents, nous relevons les 3 observations suivantes :

OBS. 316. — V pare, grossesse de 7 mois. Hémorragie importante au début du travail, rupture prophylactique des membranes, et traitement de l'état de shock et de l'hémorragie. L'hémorragie reprenant, on pratique l'abaissement d'un pied à dilatation de 5F. La partie décollée du placenta tombe dans le vagin. L'hémorragie continuant, et l'état de shock s'aggravant, on termine rapidement l'accouchement. Extraction d'un enfant mort-né de 1.950 grs. La femme meurt 2 h. 15 plus tard.

OBS. 379. — III pare, grossesse à terme. Hémorragie importante avant tout début de travail. L'hémorragie cesse avec le tamponnement vaginal serré, puis reprend. Présentation céphalique, tête élevée. Sous anesthésie générale au chloroforme, on rompt les membranes, on fait une dilatation artificielle du col, une version par manœuvres internes. Extraction d'une fille vivante de 3.280 grs. La femme sort en bon état le quatorzième jour.

OBS. 493. — I pare, grossesse de 7 mois. Hémorragie. Avec la rupture prophylactique des membranes, l'hémorragie s'arrête, et la femme accouche spontanément. Suites de couches fébriles, et sortie de la femme

en bon état au 27^e jour. L'enfant, qui pesait 1.700 grs., meurt de broncho-pneumonie au 8^e jour.

Ainsi, pour ces 3 cas, les résultats sont les suivants :

Mortalité maternelle : 1.

Mortalité infantile : 2 (deux prématurés dont un décédé de broncho-pneumonie).

II. — ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES

A. — *Albuminurie*

7 observations : 3 multipares, 4 primipares.

L'albuminurie est apparue deux fois avant le 8^e mois, quatre fois au cours du 9^e et une fois pendant le travail.

Dans un cas (Obs. 557), l'albuminurie s'est accompagnée de céphalées, vertiges, sans hypertension artérielle, et la malade présentait une pyélonéphrite après l'accouchement, avec 2 poussées fébriles.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une granulie survenue chez une albuminurique, après l'accouchement et après deux poussées de pyélonéphrite colibacillaire vérifiées par le laboratoire.

Enfin, dans un troisième cas, il s'agit d'une albuminurie très abondante (20 grs.) avec hypertension artérielle (19-10) chez une primipare de 24 ans. La femme expulse un fœtus mort-né de 950 grs., avec un placenta de 650 grs. Il existait un important excès de liquide, coexistant d'ailleurs avec un léger épanche-

ment péritonéal. Les réactions de Wassermann et de Levaditi sont revenues positives.

Mortalité foétale :

Un mort et macéré;

Un décès de broncho-pneumonie le 18^e jour.

B. — *Eclampsie*

Deux observations.

Les crises convulsives sont apparues une fois au cours du travail, et l'autre 5 heures après l'accouchement.

OBS. 380. — I pare, albuminurique, avec légère hypertension artérielle (19-10), pas de présentation au détroit supérieur, quelques troubles encéphalitiques vagues. Pose d'un ballon de Champetier; 1 h. 30 après apparaît une crise éclamptique (saignée de 750 grs.). Sous éther, on termine l'accouchement en faisant une dilatation artificielle du col et deux incisions latérales. Extraction d'un enfant vivant de 3.500 grs. et délivrance artificielle. Suites normales.

OBS. 648. — Albuminurique présentant une insuffisance mitrale. C'est une III pare qui accouche rapidement en 2 heures de travail et 10 minutes de période d'expulsion. Quatre heures et demie après apparaissent des troubles éclamptiques très légers, et, malgré la saignée, la crise se déclare 5 heures après l'accouchement. En dépit de tous les moyens sédatifs

employés, les crises se répètent, subintrantes, et la malade succombe dans sa 19^e crise.

Nous ne saurions trop insister sur la gravité de pronostic de tels accès éclamptiques survenant *après* l'accouchement. Nous savons combien ils sont rebelles à la thérapeutique habituelle.

Pas d'hémorragies rétro-placentaires à signaler.

Pas de vomissements graves. Une seule femme a été admise au dortoir, présentant quelques vomissements répétés, calmés rapidement par des injections d'extrait surrénal.

III. — ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX

A. — *Syphilis*

12 observations.

Sur ce nombre d'observations, la réaction de Wassermann a été positive 9 fois. 4 femmes ont été traitées régulièrement à la consultation de syphiligraphie, deux d'entre elles sur les renseignements sérologiques, les deux autres à cause de leurs antécédents obstétricaux. Les 8 autres n'avaient jamais reçu aucun traitement. C'est d'ailleurs parmi ces dernières que l'on retrouvera une importante mortalité infantile (un décès sur 4 femmes traitées, et 4 parmi les 8 non traitées).

Sur ces 5 mort-nés il y a : 2 morts et macérés, dont l'un présentant des malformations multiples, un ac-

couchement par le siège, un fœtus né d'un accouchement normal, qu'il a fallu ranimer et qui est mort 18 heures après.

Tous les enfants furent soumis, dès leur naissance, à un traitement anti-syphilitique (injections de sulfarsénol).

Un cas particulier, où la syphilis a été soupçonnée devant l'apparition de troubles oculaires en rapport avec une paralysie du droit externe droit. La réaction de Wassermann a été négative, mais les injections de cyanure de mercure ont amené la régression des troubles fonctionnels.

Nous voyons en consultant le tableau de la page 82 que la syphilis semble proportionnellement moins fréquente dans notre maternité. Elle serait, d'autre part, plus fréquente qu'avant la guerre, la moyenne annuelle aurait été alors très au-dessous de celle actuelle.

B. — *Tuberculose*

Quinze femmes tuberculeuses ont accouché dans le service en 1930. Elles étaient toutes suivies à la consultation spéciale que dirige le docteur Astruc dans le pavillon de la consultation. Comme nous le verrons dans leurs observations, 12 d'entre elles avaient fait un séjour plus ou moins prolongé au sanatorium « L'Espérance », à Hauteville, fondé en décembre 1926 par la baronne Edouard de Rothschild, pour les tuberculeuses israélites.

Nous allons classer nos différentes observations dans l'un des trois groupes suivantes :

Groupe I : tuberculose bénigne, ganglio-intersti-tielle ou tramite.

Groupe II : tuberculose confirmée non ulcéreuse.

Groupe III : tuberculose ulcéreuse.

Groupe I (six observations).

Obs. 107. — II pare de 22 ans. T.P. bilatérale discrète des 2 sommets, BK=0, sommets gris et taches pré-sternales. T° 38° le soir. Accouchement spontané d'un enfant de 3.100 grs.

Obs 410. — II pare de 25 ans. Tramite bilatérale, BK=0, à Hauteville de janvier à septembre 1928. Accouche le 24 mai d'un enfant de 3.300 grs. qu'elle allaite.

Obs. 416. — I pare de 28 ans. T. fibreuse discrète du sommet gauche. Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 grs.

Obs 467. — I pare de 27 ans. Suivie pour T. fibreuse discrète, accouche spontanément d'un enfant de 2.900 grs.

Obs. 592. — I pare de 26 ans. T. nodulaire à point de départ hilair, avec prédominance dans les régions inter-cléido-hilaires. Fait une hémoptysie en juillet 1929. Séjour à Hauteville de décembre 1929 à mai 1930. Accouchement spontané d'un enfant de 3.500 gr.

OBS. 650. — II pare de 34 ans. T. fibreuse bilatérale à point de départ hilaire, BK=0. Séjour à Hauteville de janvier à septembre 1928. Accouche normalement d'un enfant de 2.500 grs.

Sur ces six cas, l'un (obs. 107) semble évoluer, l'autre (obs. 416) est resté stationnaire. Pour les quatre autres cas, il y a amélioration de l'état pulmonaire et de l'état général.

Trois de ces femmes ont bénéficié de la cure à Hauteville.

Groupe II (quatre observations).

OBS. 13. — II pare de 30 ans. Souffle rude au sommet droit. Accouchement normal (enfant de 2.840 gr.). Suites de couches fébriles (38°5, 39°), apparition de râles fins au sommet droit le troisième jour. Sort sur sa demande le douzième jour.

OBS. 471. — VI pare de 30 ans. Suivie pour T. non-ulcéreuse du sommet droit. Accouchement spontané d'un enfant de 2.850 grs. La femme sort le onzième jour pour aller à Hauteville.

OBS. 761. — I pare de 29 ans. Fait un séjour à Hauteville de juillet 1928 à juillet 1929, pour sclérose pulmonaire diffuse avec emphysème; prise de poids de 17 kilos, mais persistance d'un léger mouvement fébrile. Accouchement au forceps d'un enfant de 2.830 grs. Revue en décembre, état stationnaire.

OBS. 910. — I pare de 28 ans. T. nodulaire fibreuse,

bilatérale, avec expectoration abondante et bacillifère. Après un séjour de 7 mois à Hauteville, de mars à octobre 1930, accouchement au forceps d'un enfant de 2.700 grs. La femme est réadmise à Hauteville en janvier 1931.

Dans l'obs. 13, la grossesse semble avoir eu une influence fâcheuse sur l'évolution des lésions pulmonaires. Pour les observations 761 et 910, l'état est resté stationnaire; il y a eu amélioration dans le quatrième cas.

Deux de ces femmes avaient fait un séjour à Hauteville avant l'accouchement, 2 d'entrè elles y sont retournées après.

Dans deux cas, il y eut application de forceps.

Groupe III (trois observations).

OBS. 206. — II pare de 31 ans. T. polyulcéreuse du poumon gauche avec B.K.+ , traitée par pneumothorax artificiel. Elle fait deux séjours à Hauteville, l'un de juin 1928 à mai 1929, l'autre de novembre 1929 à février 1930. Amélioration énorme, disparition des images cavitaires.*

Accouchement spontané le 14 mars (enfant de 2.800 grs.).

OBS. 257. — IV pare de 33 ans. T. fibro-caséeuse du sommet droit, pneumothorax artificiel. Les lésions semblent fixées. Accouchement spontané (enfant de 3.200 grs.).

OBS. 634. — III pare de 31 ans. T. fibro-caséeuse du

lobe supérieur gauche, BK+ . Séjour à Hauteville d'octobre 1927 à mai 1928. Depuis, tous les examens de crachats sont négatifs. La femme augmente de 19 kilos de poids en 6 mois. Accouchement spontané en août (enfant de 3.800 grs.). Revue le 27 octobre, bon état.

Dans un cas, l'état est stationnaire (obs. 257), dans deux cas, il y a amélioration très nette. Deux femmes sur trois sont allées à Hauteville.

Il reste deux observations, où la bacilliose s'est manifestée par une pleurésie séro-fibrineuse, sans signes pulmonaires nets :

OBS. 389. — II pare de 26 ans. Pleurésie droite avec épanchement et grossesse. Fait un séjour de 2 mois à Hauteville, revient en bon état et accouche le 16 mai spontanément, d'un enfant de 3.100 grs., mort depuis.

OBS. 464. — I pare de 20 ans. Accouche le 17 juin, étant convalescente de pleurésie gauche avec épanchement survenue en février. Fait un séjour à Hauteville de juillet à septembre. Revue depuis, en bon état.

Ces deux femmes sont nettement améliorées par la cure qu'elles ont toutes deux faite à Hauteville.

Un cas que nous n'avions pas mentionné est réalisé par l'obs. 924 de l'année 1929; la femme était encore dans le service en janvier 1930 :

Il s'agit d'une III pare de 32 ans, atteinte de laryngite tuberculeuse depuis juillet 1929, qui fait pendant sa grossesse une tuberculose pulmonaire bilatérale,

évolutive. Accouchée artificiellement par une application de forceps à dilatation complète.

L'enfant de 2.850 grs meurt en janvier 1930.

La mère meurt le 26 mars 1930.

Sur ces 15 enfants, 8 pesaient entre 2.500 et 3.000 gr. Ils ont tous reçu le vaccin de Calmette. D'autres encore ont reçu le vaccin BCG, et ce dans 11 cas, dont 4 sur la demande de la mère.

Le tableau suivant concernant nos quinze enfants de bacillaires, nous montrera quels ont été les résultats de la vaccination par le BCG.

Observations	Poids à la naissance	Durée du séjour	Allaitement	Poids à la sortie
N ^{os} 13	2.840 gr.	12 jours	artificiel	2.800 gr.
107	3.100 —	15 —	mixte	3.300 —
206	2.800 —	38 —	artificiel	3.950 —
257	3.200 —	36 —	maternel	3.800 —
389	3.100 —	12 —	maternel	3.150 ^{décédé} depuis
410	3.000 —	10 —	mixte	2.650 —
416	3.080 —	11 —	maternel	3.160 —
464	3.650 —	14 —	artificiel	3.700 —
467	2.900 —	10 —	maternel	2.825 —
471	2.900 —	21 —	artificiel	3.000 —
592	3.500 —	11 —	artificiel	3.450 —
634	3.380 —	15 —	artificiel	3.225 —
650	2.500 —	11 —	artificiel	2.550 —
761	2.830 —	11 —	maternel	2.950 —
910	2.920 —	17 —	artificiel	3.080 —

Granulie. — Nous en relevons une observation que nous rattachons à ce chapitre. Nous l'avons déjà envisagée au chapitre « Albuminurie » (obs. 758).

Il s'agit d'une primipare de 19 ans, enceinte de 7 mois, suivie au dortoir pour albuminurie et pyélonéphrite, et qui présente en outre un souffle d'insuffisance mitrale.

Elle accouche d'un prématuré de 1.430 grs. Après l'accouchement, elle fait de larges oscillations thermiques; elle présente toujours des urines albumineuses et purulentes.

Les phénomènes urinaires s'amendent peu à peu, mais la courbe thermique reste semblable à celle du début. Au 24^e jour, apparaissent de la cyanose, et une dyspnée qui sera de plus en plus intense. La femme meurt 7 jours après l'apparition de ces nouveaux symptômes.

C. — *Pyélonéphrites*

Nous en relevons 8 observations dans lesquelles les examens de laboratoire ont montré la présence de bactérium coli dans les urines. Six cas se sont présentés au cours de la gestation, et deux cas dans les suites de couches. La majorité de ces pyélonéphrites furent d'évolution bénigne. Dans 1 cas, l'affection a été à peu près apyrétique; elle s'est accompagnée d'élévation thermique dans les 4 autres.

Toutes ces pyélonéphrites ont régressé devant le traitement constitué par le régime lacto-végétarien, associé au collargol et au bactériophage colibacillaire.

D. — *Cardiopathies*

9 observations.

Il s'agissait deux fois d'insuffisance mitrale, cinq fois de rétrécissement mitral, une fois d'insuffisance ventriculaire gauche, et une fois d'endocardite rhumatismale présentant certaines particularités sur lesquelles nous reviendrons.

Les 7 affections mitrales étaient parfaitement compensées; l'accouchement a été spontané 6 fois et terminé une fois par le forceps, les suites de couches ont été normales.

L'observation 98 concerne une multipare de 48 ans qui a présenté des accidents paroxystiques d'insuffisance ventriculaire gauche, et chez laquelle on a décidé l'accouchement prématuré provoqué.

L'obs. 776 concerne une primipare de 22 ans, qui aurait eu une endocardite rhumatismale vers l'âge de 10 ou 12 ans. La prima noxa a été chez elle particulièrement traumatisante, et, en plus de l'hémorragie et de la déchirure périnéale qui en furent les conséquences, il y a eu à ce moment, reprise des phénomènes endocarditiques.

Dès le premier jour de l'accouchement, elle fait une élévation thermique à 38°. Au troisième jour apparaît

de la tachycardie, le quatrième jour un frémissement méso-cardiaque, et le septième jour un souffle systolique, ne se propageant pas vers l'aisselle, ayant tous les caractères du souffle extra-cardiaque. Après vingt jours de pyrexie, un traitement salicylé et l'application de glace sur l'abdomen, elle sort le trentième jour en bon état.

Il est très difficile d'affirmer qu'il s'agisse d'une nouvelle poussée de rhumatisme cardiaque; d'autant que la femme conserva un certain temps un utérus un peu gros, et présenta quelques pertes fétides. Etant donnés d'autre part les caractères du souffle (extra-cardiaque), il est possible qu'il se soit agi d'une légère infection utérine. D'ailleurs, nous avons revu la femme un mois après l'accouchement, et tous les symptômes cardiaques avaient disparu.

E. — *Diabète*

Nous en relevons deux observations, où le diabète avait été reconnu depuis 4 ans. Dans un cas, il y avait glycosurie à 8 g. 34 par litre d'urines, avec une glycémie de 1 g. 78, et dans l'autre cas, glycosurie de 21 g. 75 avec glycémie à 1 g. 94. Dans ce dernier cas, le régime étant insuffisant, on a institué un traitement avec 10 unités quotidiennes d'insuline.

Aucun retentissement sur l'accouchement.

Le diabète ne nous apparaît pas comme plus fréquent chez les juives. Cette proportion de 2/1000 de

1930, se retrouve chacune des années précédentes. Sur le millier d'accouchements annuels, on rencontre une ou deux diabétiques.

Comme autres affections observées, nous citerons : une hernie ombilicale nécessitant l'application de forceps, une cortico-pleurite de la base droite évoluant en 7 jours, deux angines herpétiques, et six cas de réactions inflammatoires péri-variqueuses.

V. — COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

I. — ŒDÈME DU COL

L'obs. 296 concerne une primipare de 38 ans qui commence à pousser, quoiqu'on lui dise, dès la dilatation de 5F. A chaque contraction, le col apparaît à la vulve, turgescant, violacé, énorme, œdématisé. Au cours d'une contraction plus violente, elle arrive à forcer ce col, à le déchirer et accouche spontanément. L'examen local pratiqué les jours suivants, montre deux déchirures latérales du col; celle de droite remonte jusqu'au cul-de-sac. Après des suites de couches normales, la femme sort le douzième jour en bon état.

II. — PROCIDENCES

A. — *Procidence du cordon*

5 observations : 4 gestations simples, 1 gestation gémellaire.

Dans 3 cas, c'était une présentation céphalique, deux fois une présentation du siège.

Deux fois, la procidence est survenue au début du travail, avec rupture précoce des membranes. Il

s'agissait une fois d'un siège, une fois d'un sommet. La procidence n'a pu être complètement réduite, et l'enfant a succombé avant la fin du travail (obs. 559 et 871).

OBS. 95. — Femme arrivée à dilatation complète, présentation du sommet, procidence du cordon; les bruits du cœur n'étaient pas perçus. On fait immédiatement une application de forceps; l'enfant n'a pu être ranimé.

OBS. 559. — Accouchement gémellaire, procidence du cordon avec présentation en OIGA pour le deuxième jumeau. Application de forceps, extraction d'un enfant vivant.

OBS. 979. — Siège complet, arrive à la consultation à dilatation complète avec une procidence du cordon. Grande extraction du siège, enfant vivant de 4.200 gr.

Résultats : 3 enfants mort-nés, 2 vivants.

B. — *Procidence d'un membre*

OBS. 223. — Présentation céphalique avec procidence du bras droit. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant qu'on ne peut ranimer.

III. — VICIATIONS PELVIENNES

A. — *Bassins rachitiques*

37 observations.

Nous divisons ces bassins en 3 catégories :

1° Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 10,5 cms. 7 observations.

Qui sont les 7 opérations césariennes dont nous retrouvons l'observation pour chacune plus loin.

2° Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est sensiblement égal à 10,5 cms. 3 observations.

Il s'est agi deux fois d'accouchements prématurés spontanés avec une présentation du siège (enfant de 2.450 grs.), et une du sommet (enfant de 2.500 grs.).

Le troisième cas (obs. 421) concerne un accouchement provoqué avec un enfant de 2.770 grs.

3° Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10,5 cms. 27 observations.

Sur lesquelles on note 4 accouchements prématurés spontanés. L'intervention fut nécessaire dans 13 cas : autant d'applications de forceps dont une sur un front.

Résultats : enfants sortis vivants, 35; enfants morts, deux.

B. — *Autres causes de viciations pelviennes*

OBS. 490. — Il pare, mal de Pott lombo-sacré à l'âge de 6 ans, bassin en entonnoir. La tête reste élevée pendant le travail et descend derrière la rupture de la poche des eaux. Dégagement spontané en occipito-sacrée, enfant de 4.000 grs.

OBS. 843. — Luxation congénitale de la hanche, en observation au dortoir pour bronchite. Bassin pseudo-oblique-ovalaire.

Longueur des membres : droit, 73 cm.; gauche, 79 cm.

Canons de Richer : à droite, 37 cm., 35 cm.; à gauche, 37 cm., 41 cm.

OBS. 857. — Scoliose droite élevée, compensée. L'accouchement se termine par une application de forceps pour signes de souffrance fœtale.

VI. — COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

Nous relevons 10 cas d'hémorragies sérieuses, ayant nécessité une intervention. Dans 8 cas, l'hémorragie a nécessité une délivrance artificielle. Dans tous les cas, le traitement médical de l'hémorragie a été institué en même temps que l'on combattait la cause (injections chaudes, hypophyse, ergotine, toni-cardiaques et sérum citaté).

Dans deux cas d'hémorragie par inertie utérine, il a fallu faire un tamponnement utéro-vaginal serré.

Un cas a été mortel. Il s'agit (obs. 285) d'une primipare chez qui l'on pratique une délivrance artificielle pour hémorragie assez abondante; on intervient sous chloroforme. La malade reste très shockée. Elle ne perd presque plus après l'intervention, mais meurt une heure et demie après, malgré le traitement institué. plus probablement par shock chloroformique que par hémorragie.

VII. — OPERATIONS

I. — AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE

Une observation (n° 324). Il s'agit d'une primipare enceinte de près de 5 mois. Elle entre au dortoir le 15 avril, perdant du sang depuis plus de deux semaines; ce sont des pertes peu abondantes, mais continues, anémiant progressivement la femme. Le 17 avril une numération globulaire montre une anémie à 3.400.000 avec 7.650 leucocytes. L'hémorragie est rebelle à tous les traitements hémostatiques, et, le 21 avril, la numération montre 2.840.000 globules rouges. On décide l'avortement thérapeutique.

L'examen du placenta montre une rupture du sinus circulaire avec un commencement de désinsertion des membranes.

Mise ensuite au traitement par les extraits de foie de veau, la numération globulaire faite le 1^{er} mai montrait 4.890.000 globules rouges.

II. — ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS PROVOQUÉS

3 observations.

L'une (n° 98) concerne une cardio-rénale au 6^e mois de sa grossesse, grande multipare, qui présente des

accidents paroxystiques de pseudo-asthme cardiaque. On déclanche l'accouchement par la pose successive de 2 ballons de Champetier de Ribes, de 3 cm. puis de 6 cm. Expulsion spontanée d'un fœtus mort-né de 1.400 grs.

OBS. 421. — On provoque l'accouchement à huit mois et demi chez une II pare qui présente un bassin rachitique avec un diamètre promonto-sous-pubien de 10,5 cm. Ballon de Champetier de Ribes, puis écarteur de Tarnier. Accouchement naturel d'un enfant de 2.770 grs.

OBS. 896. — Accouchement provoqué au terme de 8 mois et demi chez une albuminurique chronique présentant quelques troubles oculaires, nerveux et digestifs. Terminaison spontanée.

III. — DILATATION ARTIFICIELLE

6 observations.

3 sous anesthésie générale (2 au chloroforme, 1 à l'éther).

OBS. 379. — Pour terminer l'accouchement au cours d'une hémorragie pour placenta praevia.

OBS. 386. — Dans un cas d'éclampsie, pour évacuer l'utérus.

OBS. 885. — Femme en travail depuis 59 heures, et

depuis 18 heures avec une dilatation stationnaire à 5F.

3 sous rachi-anesthésie à la scurocaïne :

Pour terminer l'accouchement chez des femmes en travail depuis plus de 36 heures, et dont la dilatation ne progresse pas (obs. 463, 489, 970).

Sur ces six observations, il nous semble difficile d'affirmer que l'une des deux méthodes ait permis d'obtenir plus rapidement la dilatation complète. Ainsi, sous anesthésie générale, la dilatation a pu être complétée : à partir de 5F en 5 minutes, de 2F en 15 m., et de 5F en 3 m.; et avec la rachi-anesthésie, à partir de petite paume en 15 m., de petite paume encore en 1 m. (multipare) et de 5F en 2 m.

IV. — INCISIONS DU COL

Il en a été pratiqué une fois, pour terminer rapidement l'accouchement chez une éclamptique (obs. 386).

V. — FORCEPS

113 observations.

Dans la plupart des observations, l'application de forceps était indiquée à cause de signes de souffrance fœtale, ou du fait de la lenteur de la période d'expulsion. Une fois, l'application a été faite chez une bacil-

laire en évolution pour éviter de la faire pousser; une fois, chez une femme opérée autrefois pour péritonite appendiculaire, et présentant une paroi très déficiente, couturée de cicatrices et avec deux trajets fistuleux.

110 applications ont été faites sur le sommet (7 à la vulve en occipito-pubienne, 103 dans l'excavation (58 en G.A., 36 en D.P., 3 en G.P., 1 en G.T., 2 en D.A. et 3 en O.S.).

1 application sur la face et 2 sur le front.

3 fois, elles ont été conditionnées par une procidence du cordon, dont une fois chez une gémellaire, sûr le deuxième jumeau.

Résultats : 10 déchirures périnéales incomplètes, une déchirure complète.

4 enfants sont morts au cours de l'extraction, ou in-utéro : 2 fois pour procidence du cordon, et 2 fois alors que les bruits du cœur étaient très mal perçus.

2 enfants sont morts après l'accouchement; l'un 5 heures et l'autre 13 heures après. Ils étaient nés en état de mort apparente, et avaient pu être ranimés.

Enfants sortis vivants : 107.

La statistique nous apprend que la proportion des applications de forceps est importante, de 11,52 % pour 1930. Et la moyenne des proportions depuis 1925, donnera un pourcentage de 8,15 %.

Nous pouvons attribuer cette proportion importante à l'observation suivante :

qu'il est curieux de constater que les femmes venues récemment en France sont particulièrement sensibles à la douleur, et que la proportion de forceps est chez elles plus grande que chez celles qui l'habitent depuis longtemps.

Cependant, et nous reviendrons sur ce point, il nous semble logique d'attribuer cette pusillanimité à l'état de misère physiologique dans lequel elles se trouvent fréquemment. Mais par ailleurs, il est avéré qu'elles sont également particulièrement indociles, et qu'il est souvent difficile de leur faire comprendre ce qu'on attend d'elles.

VI. — VERSIONS PAR MANŒUVRES INTERNES

8 observations.

Ces cas ont été vus précédemment dans l'étude des conditions qui ont nécessité la version.

C'est ainsi que sur ces 8 observations, il y a eu : 3 versions pour présentation de l'épaule, 2 pour placenta praevia, 1 pour procidence d'un membre, 1 pour procidence du cordon et 1 pour terminer l'accouchement chez une éclampsique.

VII. — OPÉRATIONS CÉSARIENNES

7 observations d'opérations césariennes conservatrices, hautes.

OBS. 197. — I pare de 34 ans, bassin rachitique (P.S.P.=9,5) et présentant de multiples stigmates de rachitisme. Césarienne tout au début du travail, les membranes étant intactes. Suites normales. Enfant de 2.430 grs.

OBS. 354. — I pare de 21 ans. Bassin rachitique aplati, promontoire saillant (P.S.P.=10), tête haute, mobile. Césarienne au début du travail, membranes intactes. Suites normales. Enfant de 3.300 grs.

OBS. 536. — I pare de 34 ans. Bassin rachitique fortement aplati et rétréci transversalement, encoches sacro-iliaques profondes (P.S.P.=10). La femme arrive à la maternité avec les membranes rompues depuis une demi-heure, en travail depuis deux heures. La tête est haute, mobile. Opération césarienne, technique habituelle. Suites normales, enfant de 3.340 gr.

OBS. 794. — I pare de 25 ans, bassin rétréci (P.S.P.=10). La femme, qui était restée en observation au dortoir, sort malgré notre avis, et revient le 19 octobre en douleurs depuis deux heures, et ayant rompu la poche des eaux; liquide très teinté, le col n'est pas modifié, la tête est haute, mobile, les bruits du cœur perçus. Opération césarienne haute, avec extériorisation préalable de l'utérus. Suites normales. Enfant de 3.950 grs.

OBS. 803. — I pare de 30 ans. Bassin généralement rétréci, promontoire très élevé (P.S.P.=9,4), sinus

sacro-iliaques formant des encoches profondes; la femme est petite (1 m. 32).

Elle arrive avec une rupture de la poche des eaux (liquide normal), le col est en voie d'effacement, la tête est haute, mobile; on intervient. Les suites sont marquées par un petit accident embolique de la base droite. Enfant de 2.420 grs.

OBS. 915. — I pare de 26 ans. Bassin rachitique (P.S.P.=9). Promontoire élevé, encoches profondes à la place des sinus sacro-iliaques. Tête haute, léger excès de liquide. On intervient avant tout début de travail. Suites avec réaction mammaire légère; enfant de 3.300 grs.

OBS. 917. — I pare de 27 ans. Bassin rétréci (P.S.P.=9,5), promontoire élevé, face antérieure du sacrum redressée, encoches sacro-iliaques profondes. Elle entre à la salle le 3 décembre à 13 heures, la poche des eaux est rompue depuis midi, et les contractions sont apparues à 12 h. 30. Le liquide est très teinté, purée de nuconium, la tête est fixée, et à 16 h. la dilatation est de 1F. La femme désirant un enfant vivant réclame l'intervention (18 h. 30). On extrait un enfant de 2.980 grs. qu'il a fallu ranimer. On n'a pas fait d'injection d'ergotine; l'enfant étant fortement souffrant, on pouvait craindre que la rétraction médicamenteuse de l'utérus ne lui fut préjudiciable. Suites normales.

Résultats : mortalité maternelle, 0; mortalité infantile, 0.

Nous remarquerons que sur ces 7 opérations césariennes, M. Schwaab est intervenu 4 fois un certain temps après la rupture des membranes, avec écoulement même de liquide teinté pour les observations 794 et 917. Et cependant, nous avons obtenu de bons résultats dans tous les cas. Notons toutefois que l'intervention ne fut tentée qu'en l'absence de tout signe d'infection amniotique.

VIII. — DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

Nous en relevons 15 observations, où la délivrance artificielle fut pratiquée :

Une fois pour rétraction de l'anneau de Bandl, et enchâtonnement.

Cinq fois pour hémorragies.

Sept fois pour non-décollement du placenta.

Et deux fois pour terminer un accouchement accéléré en cas de placenta praevia et d'éclampsie.

Dans deux cas, il y avait un utérus bifide.

Dans un cas (obs. 920) le placenta, extrêmement étalé, était adhérent aux deux faces de l'utérus.

Les suites de couches furent fébriles dans deux cas. Nous avons eu à déplorer un décès par shock.

VIII. — PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

I. — INFECTION PUERPÉRALE

Nous en relevons 9 observations, où l'infection amena une grosse élévation thermique. Dans 11 cas, c'était une poussée légère et transitoire de température, que l'on guérit rapidement par les moyens médicaux.

Un cas a été mortel (voir « mortalité maternelle », obs. 807).

Dans deux cas, on avait pratiqué une délivrance artificielle; deux fois on a provoqué un abcès de fixation.

Dans trois cas, l'évolution a été marquée par l'apparition d'un phlegmon du ligament large, que l'on a traité par des injections intra-musculaires de propidon. Trois fois il a fallu faire une revision utérine à la curette.

Nous montrerons par ailleurs la faible mortalité par infection puerpérale. Il nous semble actuellement utile de rappeler la conduite suivie dans le service pour les cas de rétention placentaire.

Un grand principe consiste dans l'évacuation prophylactique de l'utérus. Et, lorsqu'une surface placentaire apparaît douteuse à l'examen du délivre, le fait

est noté sur l'observation de la parturiente, Et si, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, elle présente une élévation thermique imputable à l'infection utérine, ou un écoulement de lochies fétides, on pratique l'évacuation de l'utérus à la grande curette mousse, et on applique d'ailleurs les moyens médicaux classiques.

D'autre part, les rétentions de membranes sont traitées de la façon suivante : si au troisième jour elles ne sont pas expulsées spontanément, ou si apparaît une légère élévation thermique, on évacue l'utérus par écouvillonnage. Nous avons relevé 6 observations relatives à cette éventualité (n^{os} 44, 160, 406, 637, 814, 900); dans tous les cas, les membranes retenues ont été ramenées, et les femmes sont sorties au douzième jour après des suites normales.

II. — PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

2 observations.

OBS. 175. — Accouchement le 3 mars d'un enfant mort et macéré. Le 19 mars apparaît une phlébite de la jambe droite; le 30 mars une embolie minime de la base droite. La malade sort le 18 en bon état.

OBS. 780. — 11 jours après un accouchement normal apparaissent des douleurs de la jambe gauche. Il s'agit d'une réaction infectieuse de péri-phlébite variqueuse chez une femme atteinte de varices volumineuses. Le 23^e jour apparaissent des douleurs de la

jambe droite, en rapport cette fois avec une phlegmatia alba dollens. Evolution sans accidents et sortie le 60^e jour en bon état.

III. — INFECTIONS MAMMAIRES

18 cas de lymphangite du sein.

8 cas d'abcès du sein (sur ces 8 cas, il s'agit 3 fois de femmes accouchées en ville, et admises à l'isolement).

Traitement des lymphangites : asepsie rigoureuse des mamelons, compresses chaudes humides.

Traitement des abcès : incision et méchage avec le bactériophage staphylococcique dans 4 cas.

Psychose puerpérale (1 observation, n^o 746).

Apparition après l'accouchement de troubles psychiques graves. La femme refuse d'allaiter son enfant, elle est indifférente, contemplative, puérile. On la dirige sur la fondation Henri Rousselle.

IX. — MORTALITE MATERNELLE

5 femmes sont mortes à la maternité en 1930 :

Une d'hémorragie de la délivrance et shock chloroformique (obs. 285).

Une d'accidents hémorragiques dûs à une insertion basse du placenta (obs. 316).

Une au cours de crises d'éclampsie survenues après l'accouchement (obs. 648).

Une de granulie (obs. 758).

Ces observations ont été vues aux chapitres correspondants. Nous allons résumer l'obs. 87, où le décès est survenu par infection puerpérale, et que nous n'avions fait que signaler.

La femme accouche le 31 janvier; la face utérine de la délivrance est douteuse. Le 2 février, la revision utérine ramène un fragment de cotylédon. Le 3 février la température est à 40°, et se maintiendra élevée avec de larges oscillations malgré la glace sur le ventre et les injections de septicémine intra-veineuses. Le 6 février, crise de collapsus; l'abcès de fixation pratiqué le 2 février n'a pas pris. On fait une deuxième injection de 1,5 cmc. d'essence de térébenthine sous-cutanée, cet abcès non plus ne prend pas. Décès le 8 février.

X. — PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

I. — MALFORMATIONS FŒTALES

8 observations.

OBS. 70. — I pare, accouchement prématuré de sept mois environ, pseudo-hermaphrodisme. Le scrotum, bilobé, est vide de testicules; on sent un petit testicule ectopique dans l'anneau inguinal de chaque côté. La verge est petite, malformée, présentant un hypospadias léger avec deux capuchons préputiaux; le prépuce est fermé en haut. L'enfant est mis à l'allaitement mixte et reste 38 jours dans le service. Poids de naissance : 1.450 grs.; poids à la sortie : 2.100 grs.

OBS. 166. — I pare, l'enfant présente un bec-de-lièvre incomplet.

OBS. 463. — I pare, l'enfant présente une main droite botte.

OBS. 517. — III pare. Bec-de-lièvre complet, le défaut de coalescence intéressant le voile du palais.

OBS. 606. — III pare, bec-de-lièvre partiel.

OBS. 628. — II pare. Prématuré de 7 mois et demi environ, mort-né, présentant de multiples malforma-

tions. Il y a coalescence absolue des deux paupières, défaut de fente palpébrale. A droite, on sent la cavité orbitaire, et on a la sensation d'un petit globe oculaire; à gauche, on sent une fente au lieu de la cavité orbitaire, il n'y a pas de globe oculaire perceptible. A l'autopsie, la cavité orbitaire est relativement spacieuse à droite, et l'on extrait un globe oculaire du volume d'un pois environ; la cornée est adhérente au revêtement cutané. A gauche, où on ne sentait pas par la palpation de globe oculaire, celui-ci est plus volumineux qu'à droite.

L'enfant présente de plus : une asymétrie faciale très prononcée avec sillon profond sous-angulo-maxillaire gauche; la moitié gauche du maxillaire inférieur est atrophiée; le nez est aplati, les narines transversales, le cuir chevelu a trop d'étoffe, et forme un épais bourrelet au niveau de l'occiput. Aux mains, il existe, à droite, une syndactylie des quatre derniers doigts, et à gauche, une syndactylie des cinq doigts. Les pieds sont bots et présentent de chaque côté des malformations identiques; syndactylie totale des quatre derniers orteils, laissant libre la deuxième phalange du premier orteil. Il n'y a pas de testicules dans le scrotum; le prépuce est long, la verge est fine et courte. Hépatomégalie : 105 grs.

Par l'interrogatoire, on apprend que le premier accouchement était d'un prématuré mort-né, présentant des déformations identiques, et notamment l'anophtalmie bilatérale. Il y aurait eu oligoamnios.

Aucun antécédent personnel ni héréditaire à signaler. La réaction de Wasserman s'est montrée négative chez la mère et chez le père.

OBS. 698. — I pare, présentation du siège. L'enfant présente une hernie ombilicale volumineuse, avec entérocele comprenant dans le sac : le colon transverse, le colon sigmoïde et le rectum. Imperforation anale.

OBS. 942. — II pare, premier enfant mort-né. Enfant de 3.870 grs., accouchement naturel. L'enfant meurt 5 heures après la naissance, ayant fait quelques légers mouvements respiratoires.

A l'autopsie, on découvre une hernie diaphragmatique, avec un énorme orifice du diaphragme, par lequel tout l'intestin grêle s'est engagé dans le thorax. Atelectasie pulmonaire. Le foie est gros, 200 grs.; les reins augmentés de volume.

Les réactions de Wassermann et de Levaditi se sont montrées fortement positives chez la mère.

II. — INFECTION BRONCHIQUE

OBS. 54. — Enfant ranimé après 15 minutes de soins, signes de bronchite légère, sort le quinzième jour en bon état.

OBS. 62. — Bronchite au dixième jour, sort le dix-huitième jour en bon état.

OBS. 493. — Prématuré de 1.700 grs. Broncho-pneumonie le 25^e jour. Décès.

OBS. 526. — Accouchement normal, broncho-pneumonie au 5^e jour. Décès.

III. — Nous relevons encore 5 observations de cas pathologiques divers :

OBS. 5. — Hématome important du cuir chevelu, avec anémie et ictère. On fait du sérum artificiel, l'hématome se résorbe spontanément.

OBS. 11. — Abscess de la joue gauche à l'angle du maxillaire inférieur; après quelques jours de pansements humides, on passe un crin en sétou.

OBS. 90. — Abscess sous-périosté du pariétal gauche avec atteinte osseuse. Après une première incision de l'abscess pour évacuer la collection purulente, on intervient secondairement, plus largement, et on extrait une esquille osseuse. Cicatrisation en douze jours.

OBS. 946. — Melaena du nouveau-né. Deux jours après la naissance, l'enfant fait du melaena, puis une hémorragie intestinale, et, les jours suivants, chaque selle est mélanique. Alors qu'on institue un traitement symptomatique par l'anthéma, le sérum gélatiné et le sérum physiologique, une enquête rapide permet de retrouver la syphilis paternelle. Avec le traitement par le sulfarsénol, l'hémorragie s'arrête, l'enfant reprend rapidement du poids, et sort le quinzième jour en bon état.

Obs. 975. — Après une application de forceps sur une présentation du front à la partie haute de l'excavation, on constate une petite fracture du temporal droit, et un enfoncement en cuiller du pariétal du même côté; l'occipital est basculé en arrière. L'enfant sort au 17^e jour en bon état.

IV. — MORTALITÉ INFANTILE

1. Fœtus morts pendant la gestation..... 12
(soit 1,22 %)

2. Fœtus morts pendant le travail..... 19
(soit 1,94 %)

Sur ces 19 cas, il s'agissait 6 fois de prématurés de moins de 2.500 grs.

3. Enfants morts pendant leur séjour à la maternité 7
(soit 0,71 %)

Il s'agissait 6 fois de prématurés de moins de 2.500 grs.

En résumé, il y a eu, en 1930, 31 enfants mort-nés, et 7 enfants morts après avoir respiré, sur un chiffre total de 981. Donc, sont sortis bien portants 943 enfants, ce qui fait une mortalité globale de 3,99 %.

Circoncision.

Les garçons sont circoncis au huitième jour. Cependant nous envisageons des contre-indications formelles à la circoncision. Ne seront circoncis que les enfants pesant plus de 3.000 grs., non-ictériques, augmentant régulièrement de poids, ne présentant aucune éruption ni érythème fessiers.

S'ils ne peuvent être circoncis durant leur séjour à la maternité, ils sont ramenés quand les conditions requises sont réalisées. De la même manière, des femmes ayant accouché en ville, viennent passer 24 heures dans une salle spéciale, pour faire circoncire leur fils. Ainsi, durant l'année 1930, en dehors des circoncisions faites dans le service, il y a eu 254 circoncisions de ville.

Tel a donc été, dans ses grandes lignes, le mouvement à la Maternité de l'hôpital de Rothschild, depuis sa création, et particulièrement de 1925 à 1929.

Pourrait-on mettre en évidence des considérations propres aux israélites, qui constituent la majeure partie de notre clientèle? Pourrait-on dire que des particularités obstétricales y peuvent être retrouvées?

Et voyons d'abord quelles sont les femmes qui se présentent à nous. Le règlement de la Fondation de Rothschild permet d'admettre dans son enceinte tous les israélites de Paris et de la banlieue proche, et les habitants de la circonscription de l'Hôpital, sans aucune distinction de culte.

Les non-juives constituent une minorité qui peut être évaluée à 1 ou 2 %. Les cas dystociques qui se sont présentés chez elles, ont influé d'une manière tellement infime sur la statistique générale, qu'on peut la considérer comme négligeable.

Mais l'autre partie, la plus nombreuse de beaucoup, celle qui réalise à elle seule les proportions envisagées, est elle-même constituée d'éléments disparates que nous allons essayer de décrire.

Avant 1914 et la guerre, notre clientèle était constituée presque uniquement d'israélites résidant en France depuis des générations, une grande proportion

était d'origine alsacienne; ou bien il s'agissait d'israélites ayant vécu autrefois en Europe Orientale et dans les Balkans, ou bien encore venus de l'Afrique du Nord et de la Turquie d'Asie. Nous savons combien ont été nombreuses, après la guerre, les émigrations venues de Pologne, de Russie, de Hongrie, de Roumanie, de Salonique. Beaucoup de ces émigrants se sont établis en France, et particulièrement à Paris; cette génération nouvelle, différente de celle qui existait auparavant, emportait avec elle les mœurs de son milieu. Les enfants issus de ces émigrés d'après guerre se sont rapidement assimilés; mais les émigrations ont continué sans cesse. Et nous pouvons dès à présent mettre en valeur un point particulier qui n'est malheureusement que d'ordre purement psychique : il réside dans la perception différente de l'élément « douleur » chez les émigrées récentes.

Comment pourrions-nous comprendre cette sensibilité particulière des juives de l'Europe Orientale? Comparant le caractère des femmes françaises à celui des femmes slaves, nous savons que les premières supportent la douleur avec plus de vaillance. Peut-on dire que le degré d'assimilation des femmes juives leur a fait adopter d'une part l'endurance française et d'autre part la pusillanimité slave et orientale?

Dans un autre ordre d'idée, pourrait-on dire que ces émigrées représentent le type sémite dans sa grande pureté? Car dans ce cas, si nous trouvions des points particuliers c'est uniquement à la race juive que nous

pourrions les attribuer. Or, ces femmes accusent parfois des caractères propres à la race slave, du fait de mélanges de races qui auraient pu se produire.

Il semble donc déjà bien difficile de dire que la race sémite ne suit pas les données habituelles de l'obstétrique. Et d'ailleurs, revenons un peu à l'« élément douleur » que nous avons envisagé, à propos du forceps déjà. Ne pourrait-on mettre ses conséquences en parallèle avec la situation sociale de ces gens. Bien souvent ils mènent une existence difficile et de privations, qui les met en état de moindre résistance. Et lorsqu'on voit cette femme, épuisée par les douleurs expulsives, affirmer qu'elle est incapable de tout nouvel effort, il nous a semblé souvent que la misère physiologique en était responsable.

Et disons immédiatement qu'en dehors de ce seul point particulier, rien ne semble pouvoir être mis en évidence. Nous avons comparé nos statistiques à celles des Maternités de Beudelocque et de Boucicaut, en prenant la moyenne des pourcentages de chaque année, et voici les résultats obtenus :

	Maternité de Beudelocque (1921-1927)	Maternité de Boucicaut (1924-1928)	Maternité de Rothschild (1915-1930)
Fibroïdes	0,83 %	0,32 %	0,56 %
Placenta praeviae	2,06 %	0,65 %	0,32 %
Albuminuries	5,18 %	5,96 %	3,86 %
Eclampsies	0,21 %	0,16 %	0,13 %
Syphilis	5,61 %	4,33 %	1,39 %
Tuberculose	3,49 %	0,70 %	1,51 %
Bassins rachitiques	3,93 %	2,76 %	1,23 %
Applications de forceps	4,71 %	3,48 %	8,15 %

Ainsi donc, dans l'ensemble, rien ne nous apparaît comme bien spécial. Les proportions de syphilis, rachitisme, albuminuries, semblent cependant un peu moins grandes.

Il est un dernier point que nous mentionnerons pour terminer, et qui n'a aucun rapport avec la race sémite. C'est la faible mortalité par infection observée. Il meurt chaque année, sur environ mille accouchements, *une* femme, d'infection puerpérale. Nous avons donné ailleurs les proportions exactes.

LE SERVICE SOCIAL

Une œuvre d'assistance médico-sociale est annexée à l'hôpital de Rothschild. Le service en est assuré par deux assistantes sociales, l'une d'elles étant spécialement attachée à la maternité.

Chaque accouchée est vue par l'assistante qui prend tous les renseignements concernant la situation sociale de la parturiente et s'enquiert de ses antécédents. Elle ne manque pas de conseiller à toutes les femmes de conduire régulièrement l'enfant à la consultation des nourrissons, de l'élever elle-même en l'allaitant autant que possible. Lorsque la femme est dans une situation précaire elle lui met en évidence les avantages qu'elle pourra tirer en gardant son enfant, avantages surtout matériels.

Les secours sont remis en grande part par le « Comité de bienfaisance israélite » qui vient en aide aux femmes dans le besoin, surtout en cas de famille nombreuse. Dans ce dernier cas, en plus de l'aide pécuniaire régulière, la femme touche pour son enfant une layette complète. Une jeune maman dans le besoin touchera également la layette, même s'il s'agit du premier enfant.

Les femmes accouchées à l'hôpital, et pouvant hé-

néficier d'un repos plus ou moins prolongé, sont envoyées en convalescence par l'intermédiaire de la grande maternité. Elles ont droit à un séjour variant de un mois à un an.

Signalons en passant que l'« Œuvre de protection polonaise » envoie, sur notre demande, une assistante interprète, pour interroger les femmes ne s'exprimant pas en français.

Le dispensaire anti-tuberculeux de l'hôpital est en rapport avec la maternité par l'intermédiaire du service social. Le docteur Astruc, qui le dirige, suit régulièrement les bacillaires, et nous avons vu que certaines d'entre elles sont envoyées pendant leur grossesse au sanatorium « L'Espérance » à Hauteville. Les enfants de parents tuberculeux contagieux sont confiés aux soins du « Placement familial des tout petits » et de l'« Œuvre Grancher ».

L'« Œuvre des femmes en couches » s'occupe du placement des enfants en nourrice surveillée, dans les cas où ce placement est indispensable, en cas de décès de la mère, de mère abandonnée, ou incapable de s'occuper de son enfant. Ces placements sont souvent gratuits, mais on s'évertue le plus possible à ce qu'ils soient payants, et il est paradoxal d'observer que dans ce dernier cas, les parents s'intéressent mieux au sort de l'enfant.

Le « Comité français de secours aux enfants », rue de l'Elysée, réserve un berceau pour la durée de neuf mois, en faveur d'une femme particulièrement méritante. Elle lui alloue de plus une layette.

Les crèches et les asiles acceptent souvent les enfants sains. Parfois, on peut les envoyer à la campagne, et dans ce cas, ils y restent le temps du séjour de leur mère à l'hôpital. Si la mère part en convalescence on les garde jusqu'à son retour.

Annexée à l'hôpital, existe, rue de la Durance, une garderie d'enfants dont la mère est hospitalisée. On les y reçoit à partir de un jour jusqu'à 7 ans pour les garçons, et jusqu'à 8 ans pour les filles. En cas d'épidémie, ils sont confiés à l'œuvre de Mlle Kopp.

Nous remarquerons pour terminer que ces femmes, la plupart étrangères, ne peuvent bénéficier des secours de grossesse ou ceux accordés aux familles nombreuses, exception faite pour les polonaises et les italiennes, et dans ce cas, les assistantes font les démarches nécessaires à l'obtention des subsides.

CONCLUSIONS

1° Depuis sa création en 1914, la maternité de l'hôpital de Rothschild n'a cessé de présenter un accroissement progressif et régulier d'activité. Ces deux nombres extrêmes illustrent cette assertion :

En 1914, 350 accouchements.

En 1930, 973 accouchements.

Les principales éventualités obstétricales s'y sont présentées, et ont pu y être traitées.

2° Annexée au service, existe une consultation autonome de syphiligraphie qui examine les femmes et les nourrissons suspects.

3° Dans les cas qui nécessitent une cure sanatoriale, les parturientes bacillaires sont adressées à la consultation spéciale de tuberculose, qui juge de l'opportunité d'un séjour au sanatorium L'Espérance (Hauteville). Le sanatorium, de fondation de Rothschild, est réservé aux femmes israélites suivies à cette consultation.

Les enfants de bacillaires (bénignes, ou confirmées, ou simplement suspectes) sont vaccinés au B.C.G. par ingestion. Pratiquement, aucun incident à signaler.

4° Le service social à l'hôpital fait profiter les femmes et les nouveau-nés des différentes œuvres fondées en leur faveur.

5° Un certain nombre d'opérations césariennes ont été pratiquées un temps plus ou moins long après la rupture des membranes ou le début du travail, mais en l'absence d'infection amniotique, et ces opérations ont évolué sans accidents.

6° Il faut signaler la faible proportion de la mortalité par infection puerpérale, et rappeler la conduite suivie dans le service en cas de rétention :

a) Evacuation prophylactique de l'utérus.

b) Evacuation rapide de l'utérus en cas de suspicion, et devant l'apparition de température ou de lochies fétides.

c) Ecouvillonnage de la cavité utérine, en cas de rétention de membranes au-delà du troisième jour.

7° Le service de la circoncision est bien particulier à l'hôpital. Il fonctionne quotidiennement, les interventions étant toujours faites par le même opérateur.

8° La clientèle de l'hôpital se recrute parmi les israélites habitant Paris, et venant pour une grande part de l'Europe Orientale. Présente-t-elle au point de vue obstétrical des caractères spéciaux? On peut dire que :

a) Les proportions de syphilis et de tuberculose sont semblables à celles que l'on rencontre autre part.

b) Les albuminuriques paraissent un peu plus rares.

c) La proportion des applications de forceps est plus élevée qu'ailleurs, et qu'on peut l'attribuer à la pusillanimité, l'indocilité des émigrées récentes, et leur misère physiologique.

Ainsi, malgré la physionomie spéciale que pourrait lui donner sa clientèle, la Maternité de l'hôpital de Rothschild reste très semblable aux autres Maternités. Il a été impossible de définir nettement des traits obstétricaux propres à la race sémite, sauf les quelques points de détail envisagés.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

JEANNIN

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

Balthazard

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris
